

FORMULARIO DE DESIGNACIÓN

Fecha: ____ / ____ / ____

Yo, _____, tutor legal de _____
 (enumere los nombres de los niños o, si es mayor de 18 años, escriba «yo mismo») **doy permiso a las siguientes personas para que tomen decisiones con respecto al tratamiento necesario y/o de rutina** incluyendo, entre otros, exámenes, inyecciones, inmunizaciones, medicamentos y/o procedimientos de diagnóstico, incluyendo radiografías o análisis de laboratorio. También designo a estas personas para que reciban la información médica protegida (por favor, consulte nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad) incluyendo, entre otros, cualquier registro de tratamiento, formularios y recetas. Entiendo que sólo yo mismo y las personas indicadas a continuación tendremos la autoridad para autorizar el tratamiento y recibir información médica protegida.

También autorizo el tratamiento (excepto las inmunizaciones/inyecciones) de mi adolescente mayor (16 años o más) sin requerir la presencia de un adulto. Sin embargo, si mi adolescente necesita vacunas y viene solo, un padre/tutor debe estar disponible por teléfono para el consentimiento verbal.

Autorizo la divulgación de los registros de inmunización infantil de rutina a las escuelas. Tenga en cuenta que un padrastro o abuelo NO tiene el derecho legal de dar su consentimiento para la atención, a menos que se designe a continuación.

<u>Nombre</u>	<u>Número telefónico</u>	<u>Relación con el paciente</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Entiendo que cualquier persona no mencionada anteriormente que traiga a un paciente menor de edad para su tratamiento debe tener una carta de consentimiento de mi parte o el tratamiento podría ser rechazado o retrasado. Entiendo que en caso de emergencia, se harán esfuerzos para contactarme antes de la prestación del tratamiento, pero que no se retardará el tratamiento médico de emergencia si no se pueden contactar conmigo.

Esta autorización permanecerá en vigor a menos que se designe por escrito que se cancela dicho consentimiento para el tratamiento del menor. He leído toda la información de esta hoja y he proporcionado las respuestas anteriores. Certifico que esta información es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Notificaré al Stamford Health Medical Group, Pediatric Center PC (Centro Pediátrico) de cualquier cambio en el estado de salud de mis hijos o en la información anterior.

¿Con quién podemos ponernos en contacto en caso de emergencia, además de los padres/tutores?

Nombre del menor: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Nombre del contacto de emergencia: _____

Relación con el (los) paciente(s): _____

Número de teléfono del domicilio _____ Número de teléfono móvil _____

Rellenado Cumplimentado por _____

Firma: _____ Fecha ____ / ____ / ____